

# DOMANDA AMMISSIONE SOCIO

SPETT.LE

VEGA MEDICA SOC.COOP.MEDICI DI MEDICINA GENERALE A R.L

VIA SAN MAMANTE N. 44

50053 EMPOLI (Fi )

Mail:casadellasalute@usl11.toscana.it

a/r  
vegamedicasrl@pec.it

Pec:

OGGETTO: domanda di ammissione socio

lo sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_  
CF: \_\_\_\_\_ in qualità di medico di medicina generale  
esercitante la professione nel comune di \_\_\_\_\_

con la presente chiede di essere ammesso a socio di codesta Cooperativa.

## A tale fine dichiara

- \_ di avere i requisiti previsti dall'art. 5 dello statuto sociale della Cooperativa;
- \_ di sottoscrivere la quota sociale pari ad euro 516,46 ( cinquecentosedicivirgolasedici)

## Si impegna

- A \_ a versare la quota sociale in un'unica soluzione nei termini che gli verranno indicati dall'Organo amministrativo
- B \_ a versare il sovrapprezzo quota di euro 700,00 ( settecentoeurovirgolazero ) in un'unica soluzione nei termini che gli verranno indicati dall'Organo amministrativo
- C \_ a versare la tassa di ammissione di euro 150,00 oltre iva ( centocinquantavirgolazero ) in un'unica soluzione nei termini che gli verranno indicati dall'Organo amministrativo
- D \_ a rispettare lo statuto e i singoli regolamenti interni che dichiara di possedere e di conoscere integralmente
- E \_ di accettare le deliberazioni assunte dagli organi sociali
- F \_ a partecipare in modo attivo e costruttivo al raggiungimento degli scopi sociali della Cooperativa anche attraverso le partecipazioni alle riunioni che verranno indette e al conferimento del lavoro disciplinato all'interno del sodalizio.

Dichiaro di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali (DLGS 196/2003) e sulla base della Informativa che mi avete fornito, i miei dati personali potranno esser trattati dalla Cooperativa sopra denominata e acconsento al loro utilizzo esclusivamente per il perseguimento degli scopi statutari e sociali, nei limiti indicati dalla informativa.

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Indirizzo pec \_\_\_\_\_

Telefono e fax \_\_\_\_\_

\_ allegati: copia documento di identità

Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_